Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. 172 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 december 2015

Op 6 februari heb ik het programma «Kwaliteit loont» gepresenteerd (Kamerstuk 31 765, nr. 116). Het programma bestaat uit 21 maatregelen die de balans in de sector tussen patiënten, verzekeraars aan aanbieders verbetert en er voor moeten zorgen dat inzetten op kwaliteit ook daadwerkelijk loont. Sinds de start februari dit jaar wordt er hard gewerkt aan het programma en wordt er ook forse vooruitgang geboekt.

Ik kijk terug op een voortvarende start van kwaliteit loont. Bepaalde maatregelen zijn inmiddels in de uitvoeringsfase beland. Zo is bijvoorbeeld inmiddels geregeld dat de IGZ, afhankelijk van het type zorg, nieuwe zorginstellingen binnen vier weken tot zes maanden na de start bezoekt. Ook is de risicoverevening voor 2016 fors aangepast, waardoor zorgverzekeraars met veel chronisch zieken en gehandicapten een hogere vereveningsbijdrage krijgen. Hierdoor is het voor hen meer lonend om zich ook op deze groep te richten en wordt de positie van deze groep verbeterd. Verder wordt voor patiënten sterk ingezet op verbetering van kwaliteit en het transparant maken van deze kwaliteit. Keuzevrijheid voor patiënten en samen beslissen begint bij beschikbare en begrijpelijke informatie over de te leveren zorg. Deze acties zijn inmiddels in volle gang, in het kader van het jaar van de transparantie. Over verscheidene onderwerpen heb ik uw Kamer al in separate brieven geïnformeerd[1].

In mijn voortgangsrapportage van 30 juni heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang en verdere planning rondom de geschetste maatregelen (Kamerstuk 31 765, nr. 153). Om tijdens het algemeen overleg dat ik

[1] De volgende brieven zijn sinds de laatste voortgangsrapportage aan uw Kamer gestuurd: Brief Marktscan Zorgverzekeringswet deel B van 29 september 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 657); Brief risicodragendheid 2016, 1 september 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 644); Merkbaar minder regeldruk, 2 juli 2015 (Kamerstuk 29 515, nr. 364); Het roer gaat om, 5 oktober 2015 (Kamerstuk 33 578, nr. 18); Samen beslissen, 29 oktober 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 169); agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz, 26 november 2015 (Kamerstuk 25 424, nr. 292).

kst-31765-172
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

op 10 december met uw Kamer over «Kwaliteit loont» voer over de laatste stand van zaken te kunnen spreken stuur ik hierbij een tweede voortgangsrapportage. In de bijlage vindt u de routetijdentabel.

Bevordering van contractering op kwaliteit

Verbetering risicoverevening en eigen risico

Op 1 september 2015 heb ik de Tweede Kamer per brief geïnformeerd over de definitieve vormgeving van de risicovereveningsmodellen en de risicodragendheid van verzekeraars in 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 644). Hierin beschrijf ik dat er een groot aantal aanpassingen wordt doorgevoerd in de modellen. Hierdoor wordt het aantrekkelijker voor verzekeraars om zich ook te richten op mensen die veel zorg gebruiken, zoals chronisch zieken en daardoor op de zorginkoop. Ook komend jaar zal de focus wederom liggen op verbeteren van de verevening voor chronisch zieken en ouderen. Daarom laat ik een ambitieus onderzoeksprogramma uitvoeren om de risicoverevening voor 2017 en latere jaren verder aan te passen. In mijn brief van 13 oktober 2015 heb ik u hierover geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 661). Zoals ik in deze brief heb aangegeven zal ik u in juni 2016 informeren over de uitkomsten van deze onderzoeken en de consequenties voor de risicovereveningsmodellen 2017.

Met de aanpassingen in het risicovereveningsmodel, met name gericht op chronische zieken en andere kwetsbare groepen, wordt bevorderd dat de zorgverzekeraars zich meer richten op deze groepen die veel zorg nodig hebben. Zij kunnen dat doen door bij de inkoop meer rekening te houden met de behoeften van chronisch zieken en gerichte afspraken te maken met zorgaanbieders over kwalitatief goede en beter afgestemde zorg voor deze groepen, hetgeen kan leiden tot lagere kosten. Dat voordeel kunnen zorgverzekeraars aan hun verzekerden teruggeven, bijvoorbeeld door de kosten van bepaalde zorgvormen niet (volledig) te laten meetellen voor het eigen risico. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij eerst willen aanzien hoe deze aanpassingen in de risicoverevening in de praktijk uitvallen voordat zij generieke stappen zetten op het gebied van het eigen risico (bijvoorbeeld het aanbieden van polissen met een lager eigen risico). Wel zie je dat verzekeraars op bepaalde vormen van zorg het eigen risico niet van toepassing verklaren. Uit een NZa-inventarisatie van mei 2014 bleek dat in 2013 en 2014 60% respectievelijk 59% van de verzekerden een polis heeft met zorg die werd uitgezonderd van het eigen risico, dit betreft met name farmaceutische zorg en preventie programma's[2]. Deze inventarisatie zal in 2017 worden herhaald. Daarnaast kunnen verzekeraars aangewezen aanbieders uitzonderen van het eigen risico.
Verzekeraars ondernemen daarnaast de nodige activiteiten specifiek gericht op chronisch zieken en andere kwetsbare groepen verzekerden die veel zorg gebruiken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om goede afspraken met zorgaanbieders over goed afgestemde zorg gericht op deze groepen zoals bijvoorbeeld patiënten met diabetes of COPD. Dergelijke afspraken hebben onder meer betrekking op meer en kwalitatief betere behandeling in de eerste lijn en op het inrichten van goed afgestemde zorgketens voor (semi-) chronische patiënten, waarbij ook actief zelfmanagement van patiënten wordt bevorderd. Daarnaast werken zorgverzekeraars binnen de coöperatie Zelfzorg Ondersteund «preconcurrentieel» samen. Zij hebben zich met aanbieders van zorg en patiënten verenigd om «ondersteunde zelfzorg» een vanzelfsprekend onderdeel te maken van de reguliere zorg. Dit doen zij door gezamenlijk afspraken te maken over het registreren en

[2] NZa Rapportage Evaluatie aspecten verplicht eigen risico 2012 en 2013 van mei 2014, bijlage 3 bij Kamerstuk 29 689, nr. 533.

ontsluiten van informatie, het aanbieden van zelfmanagement-toepassingen en de inkoop hiervan. De doelgroep hierbij betreft chronisch zieken, te starten met diabetes type 2.

Onderzoeken NZa

In mijn brief van 30 juni (Kamerstuk 29 689, nr. 634) heb ik u geïnformeerd over het voorkomen van (indirecte) risicoselectie. Ik heb aangekondigd dat ik de resultaten van aanvullend onderzoek van de NZa naar de vraag of er groepen verzekerden zijn die voorspelbaar «winstgevend» zijn nog afwacht. Hieruit zal moeten blijken of informatie over winstgevendheid van groepen verzekerden voor zorgverzekeraars ook een prikkel is om daadwerkelijk het keuzegedrag van verzekerden te beïnvloeden en of dit acceptabel is. Door de gegevens op polisniveau te presenteren, zal duidelijk worden of er polissen bestaan waarin een vorm van risicoselectie mogelijk aan de orde is. Ik verwacht u de rapportage van dit onderzoek in het eerste kwartaal van 2016 te kunnen toesturen.

Zoals ik uw Kamer eerder heb bericht in mijn brief van 30 juni 2015, heeft de NZa begin juli de nieuwe beleidsregel Informatieverstrekking via vergelijkingssites vastgesteld. Deze is per 1 november 2015 in werking getreden. De NZa zal in het najaar verscherpte controles uitvoeren op naleving van deze beleidsregel door middel van een self assessment bij zorgverzekeraars.

In mijn brief van 30 juni heb ik ook aangegeven dat vergelijkingssites hun verantwoordelijkheid moeten pakken. Op 19 november hebben de vier grootste (algemene) vergelijkingssites mij een Gedragscode voor vergelijkingssites aangeboden. Deze gedragscode is in overleg met de Autoriteit Financiële Markten(AFM) vastgesteld. De afspraken in de Gedragscode dragen bij aan de vergroting van de transparantie van informatie, waardoor de consument beter wordt bediend bij het maken van een keuze voor een zorgverzekering. De gedragscode voert de volgende verbeteringen door:
- het best passende product opnemen in de vergelijking, ook als die polis niet kan worden afgesloten bij de site,
- de (hoogte van de) provisie heeft geen invloed op de plaats in de vergelijking,
- vergelijking vindt ook plaats op basis van kwaliteitsaspecten van de zorgverzekering, en
- de premie die wordt weergegeven is ook daadwerkelijk de premie die maandelijks wordt afgeschreven bij de consument,
- vergelijking op basis van het verplichte eigen risico in plaats van het maximale (vrijwillige) eigen risico.

Dit zijn belangrijke stappen op weg naar betere informatievoorziening voor de kiezende verzekerde. Ik ga ervan uit dat betrokken vergelijkingssites scherp zijn op naleving van de Gedragscode en vertrouw op het toezicht van de AFM op het functioneren van alle vergelijkingssites. Ook de sites die niet zijn betrokken bij deze code moeten zich houden aan de eisen van de AFM.

Gedifferentieerd macrobeheersinstrument

Contractering van zorg door verzekeraars is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en de betaalbaarheid van zorg in de hand te houden. Daarom heb ik in «Kwaliteit loont» aangekondigd de toepassing van het macrobeheersinstrument gerichter te willen inzetten op niet-gecontracteerde zorg. Het is de bedoeling om zo een prikkel in te bouwen om contractering te bevorderen, waardoor betere afspraken over

kosten en kwaliteit kunnen worden gemaakt in het belang van de patiënt en premiebetaler. De aanpassing van het macrobeheersinstrument was opgenomen in het conceptwetsvoorstel «Herpositionering taken NZa en deregulering» waarover voor het zomerreces een brede internetconsultatie heeft plaatsgevonden. Uit deze consultatie zijn diverse vraagpunten naar voren gekomen over het voorstel voor een aangepast macrobeheersinstrument. De aanpassing is gebaseerd op verschillende onderzoeken op de afgelopen periode[3], de motie van de leden Mulder, Smilde en Gerbrands[4] gesteund door een brede Kamermeerderheid en de behandeling van de begroting van VWS voor 2012. Reden voor een gedifferentieerd macrobeheersinstrument is dat als een zorgaanbieder kiest om niet te behandelen als dat niet nodig is (gepast gebruik) hij niet achteraf wordt aangeslagen voor de aanbieders die dat wel hebben gedaan (productieprikkel verlagend). Onderzocht wordt of er nog andere varianten van het macrobeheersinstrument zijn om dat doel te realiseren.
De aanpassing van het macrobeheersinstrument zal in een apart wetsvoorstel naar de Tweede Kamer komen nadat een aantal varianten en voor- en nadelen nader zijn getoetst.

Versterking van de positie van verzekerden

Jaar van de transparantie

Het is essentieel dat patiënten meer inzicht krijgen in de kwaliteit van de zorg zodat zij een overwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar, een zorginstelling, een dokter en een behandeling die het best bij hem past. Het is een prikkel voor aanbieders om in te blijven zetten op verbetering van de kwaliteit. Informatie is essentieel bij het samen kunnen beslissen (arts en patiënt) over de best passende zorg in de individuele situatie van de patiënt. Om dit te bereiken heb ik met de sector afspraken gemaakt waardoor voor 30 meest voorkomende aandoeningen, die worden doorgelicht in het kader van de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda, versneld kwaliteitsinformatie beschikbaar komt. Daarnaast worden 300 richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen toegevoegd aan het Register van het kwaliteitsinstituut zodat ondermeer begrijpelijke informatie voor patiënten kan worden gemaakt. In mijn brief Samen beslissen van 29 oktober (Kamerstuk 31 765, nr. 169) heb ik u geïnformeerd over de voortgang hiervan. Op alle 30 aandoeningen is de afgelopen tijd gewerkt aan het doorlopen van de totale kwaliteitscyclus. Waar nodig heeft dit geleid tot ontwikkelen of verbetering van richtlijnen, er zijn indicatoren ontwikkeld en kwaliteitsstandaarden gemaakt. Dit komt de transparantie voor de patiënt ten goede. Om informatie over de kwaliteit van de 30 meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar te maken, worden in drie tranches 30 bijeenkomsten georganiseerd. In een eerdere ronde hebben al 9 bijeenkomsten plaatsgevonden. Gebleken is dat deze aanpak werkt, waarbij op basis van die ervaring de aanpak wel verder is verfijnd en geïntensiveerd. Bovendien zijn de eerste 120 medisch-specialistische richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut. Het doorlopen van de kwaliteitscycli is een continue proces en nooit af.

Transparantie inkoopcriteria zorgverzekeraars

Zoals ik in mijn brief «Kwaliteit loont» heb aangegeven, heb ik de NZa gevraagd in haar regelgeving op te nemen dat verzekeraars voor ieder kalenderjaar uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend moeten maken, en inzicht

[3] Advies commissie Baarsma van 5 juni 2012 over het macrobeheersinstrument.
[4] Kamerstuk 29 248, nr. 193.

moeten bieden in de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening hebben gehouden met de diversiteit van patiënten en de diversiteit in het zorgaanbod (klein, groot, regulier, innovatief). Daarnaast heb ik de NZa gevraagd om in de regelgeving nader te expliciteren dat het gecontracteerde zorgaanbod door zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor het contractjaar bekend gemaakt wordt. In mijn brief van 29 september (Kamerstuk 29 689, nr. 657) heb ik u laten weten dat deze regelgeving inmiddels is vastgesteld. Aankomend jaar zal deze nieuwe regelgeving van de NZa voor het eerst van kracht zijn en zullen zorgverzekeraars voor het eerst uiterlijk 1 april transparantie geven over hun inkoopbeleid.
Uw Kamer heeft bij de begroting de motie Bouwmeester (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 54) aangenomen die vraagt de inkoopnorm zo snel mogelijk aan te passen.
Ik voer de motie als volgt uit: op 1 april 2016 is inzichtbaar wat de procedure en criteria zijn voor de inkoop 2017 per verzekeraar. Na 1 april kan de NZa het gepubliceerde inkoopbeleid en proces in kaart brengen. Op basis daarvan kan worden beoordeeld welke verbeteringen voor de inkoopcyclus van het jaar erop (2018) kunnen worden doorgevoerd. De NZa kan dat in haar voorwaarde opnemen en ruim op tijd na de zomer 2016 vast stellen. Hiermee komt een heldere en voorspelbare inkoopcyclus op gang.

Transparantie polissen

Naturapolissen zijn polissen waar de verzekeraar selectieve contracten sluit met zorgaanbieders. De verzekerde moet voordat hij naar een zorgaanbieder gaat nagaan of deze gedekt wordt door zijn polis. Hierover bestaat soms in de praktijk onduidelijkheid, bijvoorbeeld omdat de verzekerde er op dat moment niet aandenkt om dit te checken. Waardoor de verzekerde achteraf met een rekening wordt geconfronteerd. Zorgverzekeraars Nederland en de ziekenhuizen maken momenteel een polischecker waardoor de verzekerde vooraf door het ziekenhuis automatisch wordt geïnformeerd of het ziekenhuis onder zijn polis valt. De polischecker is in de loop van 2016 beschikbaar.

Restitutie polissen

Een restitutie polis is een polis waar de verzekerde zelf zijn zorgaanbieder kiest. De verzekeraar vergoedt de kosten naar marktconform tarief. Aan veel restitutie polissen liggen contracten ten grondslag. Dat kan, maar is een zaak van de verzekeraar en de zorgaanbieder. De verzekerde mag door eventuele contracten niet gehinderd worden in zijn keuze. Ik vraag de NZa om hierop expliciet toezicht op te houden.

Transparantie gecontracteerd aanbod

Ook dit jaar is het niet gelukt om de contractering voor 19 november rond te hebben. In de praktijk blijkt dat deze datum voor zorgaanbieders werkt als drukmiddel richting verzekeraars, waardoor de onderhandelingen eigenlijk pas na de 19de daadwerkelijk beginnen. Het resultaat is dat de verzekerde geen tijdig inzicht heeft. Ik zal hierover met de betrokkenen in overleg gaan om hiervoor oplossingen te vinden. Ik zal de Kamer hierover voor de zomer van 2016 informeren.

Invloed verzekerden

Bij de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2016 is de motie Bouwmeester en Dik-Faber (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 52) aangenomen. In de motie wordt verzocht om naast het wetsvoorstel, dat gereed is voor

openbare internetconsultatie, deze motie over de zeggenschap van verzekerden, patiënten en cliënten te consulteren.

Ik heb uw Kamer op 16 november jl. laten weten (Kamerstuk 31 765, nr. 170) dat het toevoegen van de motie aan het wetsvoorstel ter consultatie zonder nadere duiding ongebruikelijk is en onwenselijk, omdat in de consultatie onduidelijk is hoe deze zich tot elkaar verhouden en beide niet in elkaars verlengde liggen. De inhoud van de motie gaat daarnaast over meer dan het wetsvoorstel versterking invloed verzekerden. Het heeft naast verzekerden ook betrekking op patiënten en cliënten en daarmee op de herziening van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen, die momenteel in voorbereiding is.
De motie sluit op onderdelen niet aan bij de huidige twee wetsvoorstellen in voorbereiding. Dit betreft onder andere de verzochte «zeggenschap» van zowel verzekerden, patiënten als cliënten bij hun zorginstelling en verzekeraar. In de huidige conceptwetsvoorstellen praten we over *inspraak* of *medezeggenschap* en niet over *zeggenschap*. Ik zal ook advies vragen over de implicaties van de wens om te komen tot onafhankelijke verkiesbaarheid. Zowel in de Wet versterking invloed verzekerden als in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen zijn nu geen nadere bepalingen opgenomen over de verkiesbaarheid van leden van de vertegenwoordiging of cliëntenraad. In de praktijk blijkt het veelal moeilijk om überhaupt deelnemers aan een leden-, verzekerden- of cliëntenraad te werven. De vraag rijst of het opnemen van een dergelijke bepaling dit niet nog lastiger maakt.

De (juridische) implicaties hiervan en de mogelijkheden hiertoe zal ik onderzoeken. Hiervoor zal ik in elk geval De Nederlandsche Bank en een aantal governance experts benaderen gezien het gewenste tempo zie ik af van een wetenschappelijke adviesaanvraag door middel van een offerteverzoek. De adviescommissie burgerlijk recht zal ik betrekken bij mijn reactie op de gevraagde adviezen.

Zoals aangekondigd zal ik de uitkomsten van het advies uiterlijk voor de zomer aan de Kamer doen toekomen en zoveel eerder als mogelijk. De uitkomsten zullen worden verwerkt in beide wetsvoorstellen die vervolgens – al dan niet gezamenlijk – openbaar ter consultatie worden voorgelegd (internetconsultatie). Dat betekent dat elke geïnteresseerde, van professionele partij tot burger, een reactie kan geven op de dan voorliggende wetsvoorstellen. Dit leidt voor beide wetsvoorstellen tot een aangepaste planning.

Verbetering meldpunt NZa

De afgelopen periode heeft de NZa verschillende maatregelen genomen om het verbeterde meldpunt volgens planning in de tweede helft van 2015 volledig operationeel te hebben. Zowel de bekendheid van het bestaande meldpunt als de afhandeling van de meldingen is verbeterd waardoor het voor patiënten, verzekerden, werknemers en anderen gemakkelijker is om meldingen te doen bij de NZa.
Aanvullende resultaten ten opzichte van de voortgangsrapportage van 30 juni 2015 zijn onder andere dat per 1 oktober 2015 de openingstijden van de informatielijn zijn verruimd. Daarnaast is op basis van onderzoek naar wensen van bezoekers van de website en door de informatie in begrijpelijke taal op te schrijven de toegankelijkheid van de website verbeterd. Hierdoor is het voor consumenten ook duidelijker waarvoor ze wel en niet bij de NZa terecht kunnen. Aanvullend is een interventieteam opgericht dat snel actie op meldingen kan ondernemen. De doorlooptijden voor het afhandelen van vragen bij de informatielijn zullen in 2016 verder worden verkort. De NZa monitort de effecten van deze verbete-

ringen, voert waar nodig aanvullende verbeteringen door en rapporteert hierover periodiek op de website. De NZa rondt eind 2015 de ingezette verbeteringen af en daarmee is het verbeterde meldpunt operationeel. Met bovengenoemde aanpassingen is een belangrijke stap gezet naar een beter toegankelijk en transparant meldpunt. Ik heb de NZa en het Landelijk Meldpunt Zorg gevraagd om intensief met elkaar samen te werken en naast de bestaande samenwerkingsafspraken expliciet te kijken naar verbeterpunten voor optimale samenwerking. Ik zal begin 2016 een publiekscampagne doen over waar mensen terecht kunnen.

Verhoging kwaliteit van het zorgaanbod

Scherpere kwaliteitseisen

In de brief «Kwaliteit loont» heb ik aangegeven eisen te willen stellen aan kwaliteit en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Kwaliteit, doelmatigheid, gepast gebruik en transparantie in de ggz kunnen en moeten langs drie wegen in onderlinge samenhang bevorderd worden via:

1. een niet vrijblijvende inzet op gepast gebruik en kwaliteit door de patiënt in staat te stellen goed geïnformeerde keuzes te maken door meer inzicht in de effectiviteit van de geboden zorg;
2. het ondersteunen van deze vernieuwingen door een nieuwe bekostigingsystematiek en
3. een kwaliteitsstatuut waardoor landelijke afspraken daadwerkelijk effect hebben op het niveau van instellingen en zorgverleners en dus in de zorg aan patiënten.

Met mijn brief van 26 november jl. heb ik u de toekomstagenda die is opgesteld door de betrokken partijen toegestuurd. De drie hierboven geschetste punten vormen het hart van de agenda. In mijn brief heb ik aangegeven dat ik enthousiast ben over de agenda en dat het belangrijk is dat de agenda in de komende periode concreet wordt uitgewerkt en wordt geïmplementeerd. In januari ontvang ik het kwaliteitsstatuut dat de kwaliteitstransparantie daarover en de doelmatigheid daadwerkelijk in dit zorgaanbod moet borgen. Ik zal uw Kamer hierover informeren.

Scherper toezicht op kwaliteit

In 2015 is de pilot verscherpt toezicht nieuwe toetreders van de IGZ staand beleid geworden. Afhankelijk van het type zorg, bezoekt de IGZ nieuwe zorginstellingen binnen vier weken tot zes maanden na de start. Zorgaanbieders die zorg leveren waaraan hoge risico's zijn verbonden, worden binnen 4 weken na de start van de zorgverlening bezocht.
Zoals opgenomen in de vorige voortgangsrapportage «Kwaliteit loont» heb ik, naar aanleiding van de bevindingen van de IGZ bij de pilot nieuwe toetreders, een meldplicht voor alle nieuwe toetreders die vallen binnen het toepassingsbereik van de Wkkgz aangekondigd. Dit is een belangrijke stap, de IGZ is veel tijd kwijt met het traceren van het zorgaanbod. Dit is zonde van de kostbare IGZ tijd. Vooruitlopend op deze meldplicht, bouwt het CIBG een website www.nieuwezorgaanbieders.nl. Nieuwe zorgaanbieders zullen door de IGZ gevraagd worden kort na inschrijving in het handelsregister via de website van het CIBG een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst heeft een tweeledig doel: risico-inschatting voor de IGZ en bewustwording van nieuwe zorgaanbieders van de wettelijke eisen waaraan zij dienen te voldoen bij de start van de zorgverlening. Deze werkwijze start per 1 januari 2016. Ik vind het van belang dat deze werkwijze goed functioneert. In 2016 wil ik dat beoordelen. Ik zal in de meldplicht wettelijk regelen in de aanpassing van de WTZi.

Stringent pakketbeheer

In de regeerakkoorden Rutte I en II was een besparing opgenomen voor het te verzekeren pakket van in totaal € 1,5 mld. In de loop van 2013 heb ik deze pakketmaatregelen die op het terrein van lage ziektelast moesten worden ingevuld, voor 1,2 miljard op alternatieve wijze ingevuld. Dat is mede vorm gegeven met de bestuurlijke akkoorden die in de zomer van 2013 met de sectoren medisch specialisten, geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn zijn gesloten. De dekking van deze 1,2 miljard is voornamelijk gevonden in het geneesmiddelenbeleid. Van de 1,5 miljard bleef 300 mln. over die door middel van stringent pakketbeheer wordt ingevuld. Daaraan is met name invulling gegeven met de opdracht aan het Zorginstituut Nederland voor de systematische doorlichting van het pakket. Het Zorginstituut heeft structureel € 15 mln extra ter beschikking gekregen om deze doorlichting uit te voeren.
Bij de uitvoering van de doorlichting van het pakket is gebleken dat deze een sterke overlap kent met de werkzaamheden van de medisch specialistische sector in het kader van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die voortkomt uit de hoofdlijnenakkoorden. In de praktijk leidt dit tot concurrentie tussen beide initiatieven, terwijl ze elkaar juist zouden moeten versterken. De reden hiervoor ligt in belangrijke mate in de taakstellingen die aan beide programma's gekoppeld zijn. Ik ben hierover in gesprek gegaan met zowel het Zorginstituut, als de medisch specialistische sector. De taakstelling van 300 mln. uit het Regeerakkoord is reed voor 73 mln. ingevuld. In 2017 moet nog 227 mln. worden ingevuld.
In het komende half jaar zal duidelijk moeten worden op welke manier dat plaatsheeft. Daarbij zullen de rapporten die het Zorginstituut in het kader van de doorlichting heeft opgeleverd en nog zal opleveren het uitgangspunt zijn.

Evenwicht in de sector

Naar een krachtig markttoezicht

Het wetsvoorstel Herpositionering taken NZa en deregulering, waarin ook de overheveling van het zorgspecifieke markttoezicht naar de Autoriteit Consument en Markt (ACM) is opgenomen, is in oktober jl. voor advies naar de Raad van State gestuurd. Ik streef ernaar het wetsvoorstel begin 2016 naar de Tweede Kamer te sturen. Ter anticipatie op de overheveling van het zorgspecifieke markttoezicht is bij de ACM een specifieke «Taskforce Zorg» opgericht, die verantwoordelijk is voor de taken van de ACM op het gebied van de zorg (Staatscourant 2015, nr. 39889). Om haar rol voortvarend op te pakken, heeft de ACM aangegeven nader onderzoek te zullen doen naar mogelijke knelpunten in de werking van de zorgmarkten, waaronder de gevolgen van fusies en de disciplineringsmogelijkheden van verzekeraars. Ook wordt een stevige impuls gegeven aan de capaciteit van de ACM voor haar taken op het gebied van de zorg. Naast de overheveling van de relevante capaciteit bij de NZa voor het markttoezicht wordt de beschikbare capaciteit van de ACM uitgebreid met circa 20 fte. Ik verwacht dat de ACM als onafhankelijke toezichthouder hiermee binnen de grenzen van de Mededingingswet de weg in heeft geslagen naar het doel van de overheveling, namelijk een beter en scherper markttoezicht op het terrein in de zorg; waar door fusies de keuzemogelijkheden voor patiënten zodanig worden beperkt dat kwaliteit en prijs op termijn onder druk komen te staan. Deze intensivering van geld, fte en taken is niet vrijblijvend. Ik stel voor de zomer 2016 een beleidskader vast en zal dit uiteraard in overleg doen met de Minister van Economische zaken en de ACM.

Inkoopmodellen en onafhankelijke geschillencommissie

De evaluaties van de Zvw[5] hebben helder aangegeven dat het machtsevenwicht op de zorgmarkt verschillende dominanties laat zien: geconstateerd wordt dat er ten aanzien van de relatie van bepaalde aanbieders, zoals ziekenhuizen en ggz-instellingen, met zorgverzekeraars, de macht onevenredig ligt bij de aanbieders. Hierbij is sprake van regionale verschillen. Deze disbalans is de reden van de aandacht voor meer en strenger toezicht. Uit de evaluaties is anderzijds gebleken dat de balans beroepsbeoefenaar-zorgverzekeraar doorslaat ten faveure van de zorgverzekeraar. Begin 2014 heb ik in het kader van de evaluatie-uitkomsten een viertal bijeenkomsten georganiseerd om de oplossingsrichtingen te inventariseren[6]. Uitkomst daarvan is dat VWS in overleg met ACM en zorgaanbieders is gaan werken aan andere modellen voor onderhandelingen waarin de inzichten van beroepsbeoefenaren over kwaliteit, proces, service en prijs beter voor het voetlicht komen. De inzet is een dialoog in plaats van een voorstel van de zorgverzekeraar aan de beroepsbeoefenaar dat al dan niet kan worden geweigerd. Deze zomer is één en ander in een stroomversnelling gekomen doordat in reactie op het manifest «Het roer moet om» intensief met verzekeraars en huisartsenorganisaties is gesproken over het contracteringsproces (ook in relatie tot mededinging), kwaliteit en bureaucratie. Hierbij is een verbetering van dit contracteringsproces afgesproken, en heeft de ACM nieuwe uitgangspunten gepubliceerd voor haar toezicht in de eerstelijnszorg. Deze toezichtsvisie maakt het voor de beroepsgroepen makkelijker om samen met verzekeraars tot goede afspraken te komen over de huisartsenzorg en om gezamenlijke initiatieven te nemen in het belang van de patiënt. Verder zijn er maatregelen afgesproken om de bureaucratie fors terug te dringen en er is gesproken over manieren om kwaliteit vast te stellen zonder een overdaad aan afvinklijstjes. De expertise van de sector zelf kan hierbij een veel grotere rol spelen. Over deze inzet en de transparantie van dit proces en de uitkomsten daarvan wordt nog door gesproken. In het kader van de verdere ontwikkeling van de inkoopmodellen heeft de NZa het rapport «Contracteerproces eerstelijnszorg» opgesteld. Op 15 oktober heb ik dit aan uw Kamer aangeboden. Het rapport bevat een inventarisatie van mogelijke contractvormen en een toelichting op de regels die de NZa vanaf 2016 aan het contracteerproces stelt. De NZa levert met dit rapport een verhelderende bijdrage aan het contracteerproces in de eerste lijn. Samen met de door ACM gepubliceerde uitgangspunten voor haar toezicht op de eerste lijn[7] en het vervolg dat wordt gegeven aan de afspraken in het kader van «het roer gaat om» verwacht ik dat verzekeraars en zorgaanbieders stevig inzetten op een verbetering van het contracteringsproces in de eerste lijn. Ik blijf het verloop van het contracteringsproces intensief volgen. Mijn betrokkenheid geldt ook voor de andere eerstelijnssectoren zodat ook zij de verbeteringen die nodig en mogelijk zijn zo snel mogelijk breed kunnen toe passen waarbij het belangrijk is dat van elkaar wordt geleerd opdat de trajecten snel tot resultaat kunnen leiden.

Om het inzicht in het gebruik van meerjarige contracten te vergroten, heb ik de afgelopen tijd een nadere uitvraag bij zorgverzekeraars gedaan. Dit heeft meer inzicht opgeleverd over het aantal meerjarige contracten dat op dit moment is gesloten, tussen welke zorgverzekeraars en zorgaanbieders, over welke onderwerpen en wat de achterliggende motieven hiervoor zijn van zorgverzekeraars. De komende tijd zullen over dezelfde

---

5 Evaluatie Zorgverzekeringswet van 27 februari 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 591).

6 Kamerstuk 31 765, nr. 94.

7 https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14734/Uitgangspunten-toezicht-ACM-op-zorgaanbieders-in-de-eerste-lijn/.

onderwerpen ook gesprekken worden gevoerd met een aantal zorgaanbieders. Op basis hiervan verwacht ik meer inzicht te hebben in het gebruik en toegevoegde waarde van meerjarige contracten. Ook hoop ik inzicht te krijgen in de mate waarin meerjarige contracten een verhoging van de kwaliteit van zorg opleveren en welke acties eventueel geschikt zouden kunnen zijn om het gebruik van meerjarige contacten te stimuleren, daar waar er meerwaarde kan worden verwacht.

In de brief «Kwaliteit loont» heb ik aangegeven dat er voor geschillen over de contractering tussen aanbieders en verzekeraars een onafhankelijke geschillencommissie komt. De geschillencommissie kan toetsen of het contracteren redelijk en billijk verloopt, net als de civiele rechter doet, alleen is een geschillencommissie een meer laagdrempelige route en kan de route naar de rechter worden voorkomen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is zelfregulering door het veld. Momenteel werkt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in goed overleg met onder meer zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan de nadere uitwerking. Het doel is om voor 1 april 2016 een dergelijke onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben.

Meer ruimte voor innovatieve contracten

Ik heb aangekondigd meer ruimte te willen bieden voor innovaties en maatwerk door het dereguleren van de Wet marktordening gezondheidszorg. Het wetsvoorstel Herpositionering taken NZa en deregulering, waarin dit is opgenomen, is in oktober voor advies naar de Raad van State gezonden. Ik streef ernaar het wetsvoorstel begin 2016 naar de Tweede Kamer te sturen. Daarnaast heb ik een experiment aangekondigd om meer ruimte te creëren in regelgeving. Dit experiment zal het, in sectoren waarin hiervoor belangstelling bestaat, mogelijk maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling afspreken hoe de levering van zorg eruit komt te zien. Zo kunnen zij dan zelf bepalen wat voor zorgproduct zij zullen declareren of kunnen zij innovatieve vormen van bekostiging afspreken zonder dat eerst een prestatiebeschrijving moet worden aangevraagd bij de NZa, waardoor deze administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars vervallen. Komen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar er onderling niet uit, dan kunnen altijd de door de NZa vastgestelde terugvalprestaties gebruikt worden. Zo ontstaat meer ruimte voor innovatie zonder dat de gemeenschappelijke taal die prestatiebeschrijvingen bieden, verdwijnt. Uiteraard vergt een experiment zorgvuldige invoering en leent de ene sector zich hier meer voor dan de ander. Daarom zal ik voorafgaand aan het vrijlaten van prestatiebeschrijvingen in een bepaalde sector de NZa vragen of aan alle randvoorwaarden wordt voldaan om verantwoord te dereguleren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transparantie voor patiënten, aanbieders en verzekeraars, controleerbaarheid door verzekeraars en toezicht op geleverde zorg. Ook vind ik het van belang dat zowel aanbieders als verzekeraars als patiënten enthousiast zijn voor dergelijke deregulering in hun sector. Geleidelijkheid, zorgvuldigheid en beginnen waar de meerwaarde het grootst is (bijvoorbeeld omdat bepaalde zorg niet van de grond komt) is de weg die ik in dit kader wil volgen. Ik zal u hier in een later stadium nader over informeren.

Zvw-pgb

Op 23 juni jl. is het wetsvoorstel Zvw-pgb aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk 34 233, nrs. 1–3). De door de Kamer gestelde vragen in het verslag zijn op 28 augustus jl. beantwoord (Kamerstuk 34 233, nr. 6). Het wetsvoorstel is inmiddels aangemeld voor plenaire behandeling.

Doorrekening CPB

Zoals aangekondigd in de voortgangsrapportage van juni heeft het CPB de maatregelen in «Kwaliteit loont» geanalyseerd en hierover een apart kader opgenomen in de MEV (blz. 60 MEV 2016). Volgens het CPB is er geen sprake van majeure veranderingen, maar is «Kwaliteit loont» onderdeel van een groter pakket aan maatregelen. Het CPB stelt dat de maatregelen in «Kwaliteit loont» per saldo positief zijn voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Het CPB concludeert verder: «Alles overziend rekent het CPB ermee dat de besparing van de hoofdlijnenakkoorden, met als stok achter de deur het macrobeheersinstrument, gehaald gaan worden, ook al is de aanpassing van art. 13 Zvw vervangen door het palet aan maatregelen uit de brief «Kwaliteit loont».»

Tot slot

Zoals u ziet zijn er in de afgelopen maanden stevige stappen gezet op verschillende onderdelen van «Kwaliteit loont». Ik ben tevreden over de voortgang en diegene die zich hiervoor inzetten zeer erkentelijk. In de komende periode loopt het programma onverminderd door. Uiteraard zal ik uw kamer informeren over zowel de voortgang als over nieuwe ontwikkelingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

Bijlage 1: Routetijdentabel maatregelen «Kwaliteit loont»

1.	De korting op het verplicht eigen risico	Dit is reeds mogelijk (Artikel 2.17 lid 2 Besluit zorgverzekering).
2.	Vereveningsbijdrage die verzekeraars beter compenseert voor chronisch zieken en kwetsbare verzekerden	Wijzigingen voor risicoverevening 2016 zijn aan uw Kamer gestuurd.
3.	Onderzoek risicoselectie NZa	Met de brief van 30 juni 2015 zijn de eerste bevindingen aan uw Kamer gestuurd. Vervolgonderzoek NZa volgt in het voorjaar 2016.
4.	NZa nadere regels t.a.v. controle door verzekeraars van de informatie op vergelijkingssites	NZa heeft nadere regels gesteld, verscherpte controle door de NZa in najaar.
5.	Mbi gerichter inzetten onderscheid niet-gecontracteerde zorg/ gecontracteerde zorg	Hierover wordt een separate brief gestuurd.
6.	Zorginstituut: versneld en met doorzettingsmacht indicatoren 30 aandoeningen; 300 richtlijnen in register kwaliteitsinstituut; patiëntenversies en doorlinken	In samenwerking met veld gedurende 2015 (jaar van de transparantie tot maart 2016).
7.	Meer inzicht in polis (transparantie-eisen)	NZa heeft nadere regels gesteld. Polischeck beschikbaar in de loop van 2016.
8.	Invloed van verzekerden op zorgverzekeraar	Nader advies inwinnen, uitkomst wordt voor zomer 2016 aan uw Kamer gestuurd.
9.	Klantvriendelijk loket NZa	Volledig operationeel tweede helft 2015.
10.	Regulering om aanbieders van ontoereikende kwaliteit aan te pakken	Afhankelijk van ontwikkeling model kwaliteitsstatuut ggz en uitwerking agenda voor de ggz.
11.	Conclusies pilot kwaliteitscontrole IGZ na toetreding worden omgezet naar staand beleid	Staand beleid in 2015, Kamer met brief van 7 mei 2015 over geïnformeerd.
12.	GGZ-sector: aanvullende eisen aan kwaliteit en transparantie over de geleverde zorg (aanleveren ROM)	Agenda GGZ is aan Tweede Kamer gestuurd, model kwaliteitsstatuut wordt in januari 2016 door de sector afgerond.
13.	Informatie op de factuur inclusief BIG registratienummer van de hoofdbehandelaar	Wetgeving, voorjaar 2016 naar de Tweede Kamer.
14.	Prikkels tot meer integrale GGZ: aanwijzing aan NZa om prestatiebeschrijvingen en tariefbeschikkingen aan te passen	Agenda GGZ is aan Tweede Kamer gestuurd, model kwaliteitsstatuut met daarin samenwerkingseisen wordt in januari 2016 door de sector afgerond.
15.	Systematische doorlichting basispakket op zinnige en zuinige zorgverlening	Continue activiteit van het Zorginstituut Nederland.
16.	Sectorspecifiek markttoezicht van NZa naar ACM	Wetgeving, begin 2016 naar de Tweede Kamer.
17.	Uitwerking modellen t.b.v. zorginkoop individuele beroepsbeoefenaren	In samenwerking met sector, Kamer geïnformeerd over afspraken met sector en activiteiten in het kader van «het roer moet om» en onderzoek ACM.
18.	Onafhankelijke geschillencommissie voor conflicten over contractering	1 april 2016 een onafhankelijke geschillencommissie.
19.	Meer vrijheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders over datgene waarover zij zelf afspraken maken (prestatieomschrijvingen)	Wetgeving begin 2016 naar de Tweede Kamer en experiment voor meer ruimte in afspraken.
20.	Stimuleren van meerjarige contracten die leiden tot grotere kwaliteitsinvesteringen (maatwerk)	Continue, in samenwerking met sector via overleg bestuurlijke akkoorden.
21.	Zvw-pgb	Het wetsvoorstel is aangemeld voor plenaire behandeling.